

DATE:

ID VERIFICATION (TYPE):

PATIENT NAME:

BIRTHDATE:

ID VERIFIED BY:

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION (Spanish)**

Autorizo a \_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona o centro que tiene información - p. ej.: UCSF/Mt. Zion)  
 para que revele información médica a:

Nombre de la persona o centro que va a recibir la información médica (dirección completa):

Dirección postal:

Calle y número:

**The purpose of this release is for (check one or more):**

- Continuity of care or discharge planning
- Billing and payment of bill
- At the request of the patient/patient representative
- Other (state reason) \_\_\_\_\_

**Especifique la información médica que usted autoriza que se revele:**

Tipo(s) de información médica: \_\_\_\_\_

Fecha(s) del tratamiento: \_\_\_\_\_

**La siguiente información no se revelará a menos que usted lo autorice específicamente marcando la(s) casilla(s) correspondiente(s) que se encuentran a continuación:**

- Información sobre el abuso, diagnóstico o tratamiento de alcohol y drogas (Art. 2.34 y 2.35, del Título 42, del Código de Reglamentos Federales (C.F.R.)).
- Información sobre el diagnóstico o tratamiento de salud mental (Artículos 5328 y siguientes del Código de Asistencia Social e Instituciones).
- Revelación de los resultados de la prueba del VIH/SIDA (Art. 120980(g) del Código de Salud y Seguridad).
- Revelación de información sobre pruebas genéticas (Art. 124980(j) del Código de Salud y Seguridad).

**VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN**

A menos que se revoque de otro modo, esta Autorización vence \_\_\_\_\_ (insertar la fecha o evento aplicable). Si no se indica ninguna fecha, esta Autorización vencerá 12 meses después de la fecha en que firme este formulario.

Nombre en letra de imprenta

Firma (paciente, padre/madre, tutor)

Fecha

Hora

Parentesco con el paciente (padre/madre, tutor, custodio, representante del paciente)

Formato solicitado:  Papel  CD

500-05595 (Rev. 11/18) MEDICAL RECORD COPY



## **AVISO**

UCSF y otras muchas organizaciones y personas como los médicos, hospitales y planes médicos están obligados por ley a proteger la confidencialidad de su información médica. Si usted ha autorizado la divulgación de información médica a alguien que no está legalmente obligado a proteger la confidencialidad, es posible que esta información ya no esté protegida por las leyes de confidencialidad estatales o federales.

## **SUS DERECHOS**

Esta Autorización para divulgar información médica es voluntaria. El tratamiento, el pago, la inscripción y la elegibilidad para beneficios no pueden verse condicionados por la firma de esta Autorización, excepto en los casos siguientes: (1) para llevar a cabo tratamiento relacionado con alguna investigación, (2) para obtener información relacionada con la elegibilidad o inscripción en un plan médico, (3) para determinar la obligación de una entidad de pagar una reclamación, o (4) para generar información médica para proporcionársela a un tercero.

Esta Autorización podrá ser revocada en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito, firmada por usted o su representante del paciente, y entregarse a: Prima Medical Foundation, Release of Information, 9 Commercial Blvd., Suite 200, Novato, CA 94949.

La revocación entrará en vigor cuando la reciba UCSF, salvo en la medida que UCSF u otras personas ya la hayan adoptado.

Usted tiene derecho a recibir una copia de esta Autorización.